

изучаемых группах по злоупотреблению алкоголя (6,7% и 2,3%), наследственная отягощенность по инсульту составила 2,3% и 0%.

В группе высокого риска развития АГ проведено консультирование пациентов по модификации ФР. 105 человек прошли обучение в Школе здоровья для пациентов с ССЗ. Анализ опросников группы пациентов до и после обучения в школе здоровья позволил оценить повышение приверженности пациентов к формированию здорового образа жизни, к рекомендациям и назначениям врача.

**Выводы.** По результатам обследования сформирована группа высокого риска развития АГ у лиц с нормальным уровнем АД из 138 человек (35,4%), в которой относительный риск развития АГ выше по сравнению с группой низкого риска в 13 раз. Индивидуальное консультирование пациентов по модификации ФР и обучение в «Школе здоровья» дало возможность пациентам, участвующим в исследовании, достоверно повысить свои знания по факторам риска и практическим навыкам, позволяющим улучшить качество своего здоровья, повысить приверженность к ЗОЖ и к исполнению рекомендаций врача.

Результаты этой работы позволяют планировать профилактическую работу по своевременному выявлению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, по повышению медицинской грамотности населения и формированию здорового образа жизни, а следовательно, активному внедрению программы первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии.

#### **Литература:**

1. Исследование «Глобальное бремя болезней» причин DALY, 1990-2015 // Мед. вестн. – 2017. – № 28.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития : метод. рекомендации / под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. – М., 2014.
3. Материалы официального отчета ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь: STEPS – 2016 // Мед. вестн. – 2017. – № 36.
4. Метод первичной медицинской профилактики артериальной гипертензии / В.П. Подпалов [и др.]. – Витебск : ВГМУ, 2015. – С. 8.

**УДК 616.72-002.77:615.03**

### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАСТРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРИМЕНЕНИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОПОЗИТИВНЫМ И СЕРОНЕГАТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Павлюков Р.А., Конорев М.Р.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Ревматоидный артрит (РА) – заболевание, находящееся в фокусе внимания ревматологов всего мира в течение десятилетий. Это связано с большим медицинским и социальным значением данного заболевания. [1].

Одна из наиболее широко применяемых групп противоревматических средств – несомненно, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) [2].

Наиболее частым и опасным осложнением НПВС-терапии является лекарственная гастропатия, под которой понимают симптомокомплекс поражений желудочно-кишечного тракта [3].

Несмотря на то, что факторы риска развития НПВС-индуцированной гастропатии хорошо изучены, на сегодняшний день недостаточно известно о влиянии ревматоидного

фактора (РФ) на риск развития НПВС-гастропатии у пациентов с РА при лечении НПВС. Ранее нами было установлено, что наличие ревматоидного фактора у пациентов с РА, принимающих мелоксикам, влияет на вероятность возникновения эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки [4]. Однако исследования относительно других НПВС еще не проводились. Таким образом, имеется необходимость более глубокого изучения данной темы.

**Цель.** Выделить группы пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом и регистрировать появление желудочных и дуоденальных эрозий и язв на протяжении 4-8 лет при применении мелоксикама и диклофенака.

**Материал и методы исследования.** Проведено проспективное, рандомизированное, сравнительное клиническое исследование. Группа пациентов сформирована в период с 2010 по 2015 год. Эндоскопические методы исследования проведены у 227 человек. Средний возраст пациентов оказался равным  $53,3 \pm 9,6$  лет (18-65 лет, среднее  $\pm$  SD), соотношение мужчин и женщин 57/170. В исследование были включены пациенты, не имевшие других известных факторов риска развития эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). В зависимости от назначенного НПВС все пациенты были разделены на две группы. Пациенты первой группы ( $n=137$ ) получали метотрексат (12,5 мг в неделю) и мелоксикам (15 мг в сутки). Пациенты второй группы ( $n=90$ ) получали метотрексат (12,5 мг в неделю) и диклофенак (100 мг в сутки). По ходу рандомизированного исследования пациенты в обеих группах были разделены на 2 подгруппы согласно наличию или отсутствию ревматоидного фактора: серопозитивные (РФ+, в 1 группе  $n=84$ , во 2 группе  $n=49$ ) и серонегативные (РФ-, в 1 группе  $n=63$ , во 2 группе  $n=41$ ). Для обработки данных на персональном компьютере использовался пакет прикладных программ Statistica 10.0. Для оценки достоверности различий использовался точный критерий Фишера ( $p$ ).

**Результаты и обсуждение.** Из 227 пациентов с РА, эрозии и язвы желудка и ДПК за 4-8 лет наблюдения были выявлены у 109 (48,0%) человек. Из 137 пациентов с РА, принимавших мелоксикам, эрозии и язвы желудка и ДПК за 4-8 лет наблюдения были выявлены у 64 (46,7%) человек. Из 90 пациентов с РА, принимавших диклофенак, эрозии и язвы желудка и ДПК за 4-8 лет наблюдения были выявлены у 45 (50,0%) человек. В общей группе пациентов эрозии желудка были диагностированы у 68 (30,0%) пациентов, язва желудка - у 19 (8,3%), эрозии ДПК - у 12 (5,3%), язва ДПК - у 10 (4,4%). Общая группа ( $n=227$ ), первая ( $n=137$ ) и вторая ( $n=90$ ) группы пациентов были однородны по полу и по возрасту.

Из 74 пациентов с серопозитивным РА, принимавших мелоксикам, за 4-8 лет наблюдения эрозии и язвы желудка и ДПК были диагностированы у 60 (81,1%; 95% ДИ: 72,2-90,0%) пациентов. Из 63 пациентов с серонегативным РА, принимавших мелоксикам, за 4-8 лет наблюдения эрозии и язвы желудка и ДПК были диагностированы у 4 (6,4%; 95% ДИ: 0,01-12,4%) человек. Из 49 пациентов с серопозитивным РА, принимавших диклофенак, за 4-8 лет наблюдения эрозии и язвы желудка и ДПК были диагностированы у 42 (85,7%; 95% ДИ: 75,9-95,5%) пациентов. Из 41 пациента с серонегативным РА, принимавших диклофенак, за 4-8 лет наблюдения эрозии и язвы желудка и ДПК были диагностированы у 3 (7,3%; 95% ДИ: 0,01-15,3%) человек.

Анализ прогностического фактора (ревматоидный фактор) развития гастродуоденальных эрозий и язв у пациентов с РА проводили с заполнением всех четырех полей (a, b, c, d) таблицы 2x2. Для пациентов, принимавших мелоксикам, количество истинно положительных прогнозов - 60, истинно отрицательных - 59, ложноположительных - 14, ложноотрицательных - 4. Для пациентов, принимавших диклофенак, количество истинно положительных прогнозов - 42, истинно отрицательных - 38, ложноположительных - 7, ложноотрицательных - 3. Характеристики прогностического фактора (ревматоидный фактор) представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики прогностического фактора (РФ) для прогноза развития эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной слизистой оболочки пациентов с РА при терапии мелоксикамом (n=137, p <0,01) и диклофенаком (n=90, p <0,01).

Характеристика прогностического фактора (РФ+)	НПВС-терапия	
	Мелоксикам	Диклофенак
Чувствительность	93,8%	93,3%
Специфичность	80,8%	84,4%
Доля правильных прогнозов	86,9%	88,9%
Относительный риск прогнозируемого исхода в группе пациентов с серопозитивным РА	12,8	11,7
Относительный риск иного исхода в группе пациентов с серопозитивным РА	0,2	0,15
Отношение шансов	63,2	76,0

### Выводы.

Выявлены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) по частоте встречаемости эрозий и язв желудка и ДПК у пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом при приеме как мелоксикама, так и диклофенака. Установлены высокие показатели прогностического фактора (ревматоидный фактор) для прогноза появления эрозивно-язвенных повреждений желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ревматоидным артритом, принимающих мелоксикам (чувствительность прогноза – 93,8%, специфичность прогноза – 80,8%, доля правильных прогнозов – 86,9%, относительный риск развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 12,8; относительный риск отсутствия развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 0,2;  $p < 0,01$ ) и диклофенак (чувствительность прогноза – 93,3%, специфичность прогноза – 84,4%, доля правильных прогнозов – 88,9%, относительный риск развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 11,7; относительный риск отсутствия развития гастродуоденальных эрозий и язв в группе пациентов с серопозитивным РА – 0,2;  $p < 0,01$ ).

### Литература:

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под. ред. Е. Л. Насонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
2. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition / C. J. L. Murray [et al.] // The Lancet. – 2015.
3. Gastrointestinal complications of anti-rheumatic drugs / J. Font [et al.] // Digestive Involvement in Systemic Autoimmune Diseases. – 2011. – Vol. 8. – P. 243.
4. Павлюков, Р.А. Оценка риска развития гастродуоденальных эрозий и язв, индуцированных приемом мелоксикама, у пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом / Р.А. Павлюков, М.Р. Конорев // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 45–52.

УДК 616.72-002.771:616.1

## СОСТОЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Пальгуева А.Ю., Литвяков А.М., Лагутчев В.В., Солодовникова С.В., Сиротко О.В.*  
УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Общеизвестным является факт, что основной причиной ухудшения качества жизни пациентов с ревматоидным артритом (РА) является хронический болевой